

衡阳地区 10384 例宫颈液基细胞学检查结果分析

胡 华¹, 阳 帅^{2*}, 周建斌³, 梁晓秋⁴

(1. 南华大学附属第二医院病理科, 湖南 衡阳 421001; 2. 南华大学附属第一医院病理科;

3. 南华大学附属第二医院妇产科; 4. 南华大学肿瘤研究所)

摘 要: **目的** 了解衡阳地区妇女宫颈癌及癌前病变的状况, 探讨沉降式液基薄层细胞涂片(LCT)检查对早期宫颈癌及癌前病变诊断的临床意义。 **方法** 对本院 10 384 例宫颈疾病就诊及健康体检者进行 LCT 检查, 并对宫颈组织活检病理结果进行分析。 **结果** LCT 阳性病例 501 例中有 405 例进行了活检, 另有接触性阴道出血或不规则阴道流血而 LCT 阴性病例 248 例进行了阴道镜下活检, 共计 653 例宫颈活检组织病理结果, 其中正常或慢性炎症 350 例(53.60%), 宫颈上皮内瘤变(CIN) I 级 173 例(26.49%), CIN II-III 级 107 例(16.39%), 鳞癌 18 例(2.76%), 腺癌 5 例(0.77%)。LCT 阳性病变与宫颈活检组织病理检查结果符合率分别为: LSIL 76.67% (92/120)、HSIL 93.10% (54/58)、SCC 100% (13/13)、AGC 80% (4/5)。10 384 例患者中, 宫颈鳞癌、腺癌、CIN II-III、CIN I 检出率分别为 0.17%、0.05%、1.03%、1.67%。 **结论** LCT 检查是一种相对准确、可靠的宫颈癌及癌前病变的筛查方法, 但仍然有一定的漏检率。

关键词: 液基细胞学; 宫颈病变; 宫颈癌

中图分类号: R737.33 **文献标识码:** A

子宫颈癌是妇科常见的恶性肿瘤之一, 发病率居女性生殖道恶性肿瘤之首^[1]。其癌前病变的筛查对宫颈癌的防治具有重要意义。传统的巴氏涂片因检出率低满足不了临床的需要, 逐渐被沉降式液基薄层细胞涂片(Liquid-based Cytology Test, LCT)检查取代^[2]。现将本院 10 384 例患者的 LCT 检查结果与组织病理学检查结果相比较, 评价 LCT 在宫颈癌筛查中的临床价值。

1 资料与方法

1.1 标本来源 选择 2013 年 3 月 ~ 至 2014 年 6 月南华大学附属第二医院妇科就诊及健康体检女性患者 10 384 例, 有性生活史, 年龄 17 ~ 87 岁, 平均年龄 39.42 岁。

1.2 方法

1.2.1 液基标本采集制作 用宫颈刷收集宫颈外口及颈管的脱落细胞, 速将其置入保存液中, 经安必平公司全自动液基细胞沉降式制片染色系统完成制片。

1.2.2 细胞学诊断方法 由两名细胞病理医师双盲法独立阅片, 签发细胞病理报告。结果判读采用 2004 年第二版子宫颈细胞学 Bethesda 报告系统(The Bethesda System, TBS)为诊断标准。具体分为: 无上皮病变或恶性病变(negative for intraepithelial lesion or malignancy, NILM); 非典型鳞状细胞, 意义不明(atypical squamous cells of unknown significance, ASCUS); 鳞状上皮内低度病变(low-grade squamous intraepithelial lesions, LSIL); 非典型鳞状细胞, 不能排除上皮内高度病变(ASC-H); 鳞状上皮内高度病变(high-grade squamous intraepithelial lesions, HSIL); 鳞状细胞癌(squamous cell carcinoma, SCC); 非典型腺细胞, 性质未定(atypical glandular cells, AGC-NOS); 非典型腺细胞, 倾向于肿瘤(AGC-N); 可提示宫颈管或内膜来源; 颈管原位腺癌及腺癌。将 NILM 视为 LCT 阴性, 其它视为 LCT 阳性。

1.2.3 阴道镜检查及活检 发现 LCT 检查异常者及主诉有接触性阴道流血及不规则阴道流血而 LCT 检查阴性者行阴道镜检查, 如果存在碘染色异常部位, 在异常处取活检, 未发现异常则行宫颈多点活检。组织标本均经 4% 甲醛固定、石蜡包埋切片、HE 染色, 由病理医师进行病理学诊断。病理诊断分: 正常或炎症; 宫颈上皮内瘤变(cervical intraepi-

thelial neoplasia, CIN) I 级、CIN II-Ⅲ 级;鳞癌、腺癌。

1.2.4 统计学处理 采用统计学软件 SPSS 17.0 进行统计学分析,计数数据用 χ^2 检验或四格表确切概率检验, $P<0.05$ 表示差异具有显著性。

2 结 果

2.1 宫颈液基细胞学检查结果 10 384 例检查标本中,阳性 501 例,阳性率 4.82%,其中 ASC-US 259 例(2.49%)、LSIL 120 例(1.16%)、ASC-H 46 例(0.44%)、HSIL 58 例(0.56%)、SCC 13 例(0.13%)、AGC 5 例(0.05%)。

2.2 阴道镜下宫颈组织活检病理结果 LCT 阳性病例 501 例中有 405 例进行了活检,另有接触性阴道出血或不规则阴道流血而 LCT 阴性病例 248 例进行了阴道镜下活检,共计 653 例病理检查结果,其中正常或慢性炎症 350 例(53.60%),CINI 级 173 例(26.49%),CIN II-Ⅲ 级 107 例(16.39%),鳞癌 18 例(2.76%),腺癌 5 例(0.77%)。10 384 例患者中,宫颈鳞癌、腺癌、CIN II-Ⅲ、CIN I 检出率分别为 0.17%、0.05%、1.03%、1.67%,见表 1。

表 1 653 例宫颈组织活检病例 LCT 诊断与组织病理诊断结果(例)

LCT 诊断	n	正常或宫颈炎	CINI	CIN II-Ⅲ	鳞癌	腺癌
NILM	248	244	4	0	0	0
ASC-US	163	85	74	2	1	1
LSIL	120	18	92	10	0	0
ASC-H	46	2	3	41	0	0
HISL	58	0	0	54	4	0
SCC	13	0	0	0	13	0
AGC	5	1	0	0	0	4
合计	653	350	173	107	18	5

注:NILM:无上皮病变或恶性病变;ASC-US:非典型鳞状细胞,意义不明;LSIL:鳞状上皮内低度病变;ASC-H:非典型鳞状细胞,不能排除上皮内高度病变;HISL:鳞状上皮内高度病变;SCC:鳞状细胞癌;AGC:非典型腺细胞;CIN:宫颈上皮内瘤变

2.3 组织病理检查与 LCT 阳性结果一致性比较

LCT 阳性病变与宫颈活检组织病理检查符合率分别为:LSIL 76.67%(92/120)、HSIL 93.10%(54/58)、SCC 100%(13/13)、AGC 80%(4/5)。其中鳞癌组、CIN II-Ⅲ组 LCT 结果符合率高于 CINI 组,差异有显著性($P<0.05$),见表 2。

表 2 组织病理诊断与 LCT 诊断一致性比较

组织病理诊断	n	LCT 诊断(例)	
		相符	不相符
腺癌	5	4	1
鳞癌	13	13 ^a	0
CIN II-Ⅲ	58	54 ^a	4
CINI	120	92	18

与 CIN I 比较,a; $P<0.05$;CIN:宫颈上皮内瘤变

3 讨 论

临床上常用的宫颈细胞学筛查方法主要有两种,即传统巴氏涂片法(宫颈刮片)和液基薄层细胞学检查法(LBC)。巴氏涂片法由于取材方法、涂片质量、制作过程、读片水平等问题,误诊率较高。LCT 细胞学检查,改变了常规取材方法和涂片的操作方法,比巴氏涂片法检出率高,已逐渐取代传统巴氏涂片法。LCT 是采用梯度离心的方法提取细胞及诊断成分,同时分离并清除标本中的杂质,利用力学原理使细胞均匀地沉降到玻片上,形成单层平铺的超薄细胞片。其制片简单、速度快、多标本操作一步完成,满足大量标本处理要求。细胞数量多、诊断价值高、杜绝了细胞丢失、白片现象,并且能有效去除红细胞、黏液等杂质,极大降低漏诊的可能性。

TBS 分类系统是迄今为止国际上公认的最科学合理也是最先进的宫颈细胞学分类系统^[3]。2003 年中国抗癌协会制定了中国宫颈癌及其前期病变筛查的策略,筛查对象是 21 岁以上有性生活史或具有 3 年以上性生活的任何妇女,筛查终止年龄为 65 岁,筛查间隔开始为 1 年,连续 2 次细胞学检查结果均为正常者可延长至 3 年,对于高危妇女人群,应将起始年龄适当提前,筛查间隔时间最好缩短为 1 年^[4]。本院宫颈液基细胞学检查已形成严谨有效的筛查程序,严格按照 TBS 系统进行分类,本文结果可以反映衡阳地区妇女宫颈癌及癌前病变的状况。在 2013 年 3 月~2014 年 6 月,10 384 例检查标本中,阳性 501 例,阳性率 4.82%,其中 ASC-US 259 例(2.49%)、LSIL 120 例(1.16%)、ASC-H 46 例(0.44%)、HSIL 58 例(0.56%)、SCC 13 例(0.13%)、AGC 5 例(0.05%)。LCT 阳性病例 501 例中有 405 例进行了活检,另有接触性阴道出血或不规则阴道流血而 LCT 阴性病例 248 例进行了阴道镜下活检,共计 653 例病理检查结果,其中正常或慢性炎症 350 例(52.07%),CINI 级 173 例(26.49%),CIN II-Ⅲ 级 107 例(16.39%),鳞癌

18 例(2.76%),腺癌 5 例(0.77%)。ASCUS 患者中检出宫颈鳞癌 1 例、腺癌 1 例,高级别上皮内瘤变 2 例,表明对于细胞学报告为 ASCUS 的病例,其组织病理诊断差异较大。ASCUS 是子宫颈细胞学 TBS 系统分类中的一种描述性诊断,并不意味着肯定为低度病变,从炎症、反应性改变、低级别及高级别上皮内瘤变、宫颈鳞癌、腺癌都有可能^[5]。因此应该引起足够的重视,有必要行 HPV 检测、阴道镜检查或活检。在诊断为 LSIL 与 ASC-H 的病例中,存在少数低诊断或过诊断,提示宫颈液基细胞学筛查仍然有一定比例的假阴性或假阳性结果。10 384 例患者中,宫颈鳞癌、腺癌、CINII-III、CIN I 检出率分别为 0.17%、0.05%、1.03%、1.67%。LCT 阳性病变与宫颈活检组织病理检查符合率分别为:LSIL 76.67% (92/120)、HSIL 93.10% (54/58)、SCC 100% (13/13)、AGC 80% (4/5)。说明病变级别越高,细胞学与组织学符合率越高,这与文献报道的一致^[6]。

总之,LCT 检查是一种相对准确、可靠的宫颈癌及癌前病变的筛查方法,但仍然有一定的漏检率。若结合 HPV 检测、阴道镜及组织活检,则能更好地发挥其在宫颈癌防治中的作用^[7-9]。

参考文献:

[1] Minig L, Patrono MG, Romero N, et al. Different strategies

of treatment for uterine cervical carcinoma stage IB2-IIIB [J]. World J Clin Oncol, 2014, 5(2): 86-92.

[2] 吴凤枝, 于江萍, 曹雅琴. 对比巴氏涂片和薄层液基细胞学检测筛查宫颈病变的临床意义[J]. 吉林医学, 2013, 34(25): 5157-5158.

[3] Boşotanu M, Boşotanu C, Deacu M, et al. The importance of monitoring protocols in cervical carcinoma screening [J]. Rom J Morphol Embryol, 2011, 52(1): 297-302.

[4] 董志伟. 中国癌症研究进展(第 7 卷)——中国主要癌症的筛查及早诊早治[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2004: 230.

[5] 苏玲. 液基薄层细胞学配合阴道镜检查对宫颈病变的诊断价值[J]. 中国妇幼保健, 2010, 25(25): 3664-3665.

[6] 徐小敏, 余晓, 夏利花. 17578 例宫颈液基细胞学筛查结果分析[J]. 调查与实验研究, 2012, 50(1): 24-26.

[7] 史敏, 潘波. 电子阴道镜与 TCT 技术在诊断早期宫颈癌中的应用[J]. 中国妇幼保健, 2011, 22(2): 409-410.

[8] 洪恩. 宫颈 LCT 结合阴道镜及宫颈活检对宫颈上皮内瘤变和宫颈癌患者的早期诊断价值研究[J]. 实用癌症杂志, 2014, 7: 823-825.

[9] 邓细娣. LCT 与 HR-HPV 筛查对宫颈癌诊断的价值比较[J]. 当代医学, 2013, 21: 101-102.

(此文编辑: 蒋湘莲)